

บทวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง*

COMMUNITY HEALTH CARE SYSTEM DEVELOPMENT PROCESS: 14 CASE STUDIES OF
COMMUNITIES IN CENTRAL REGION

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ**

ปนัดดา ปรียทฤษฎ***

บทคัดย่อ

การวิจัยถอดบทเรียนครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน รวบรวมข้อมูลจากการถอดบทเรียนจากนักวิจัย จำนวน 36 คนที่ดำเนินการวิจัยใน 12 พื้นที่ 14 กรณีศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการสรุปประเด็น ผล การศึกษา พบว่า ระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน เกิดจากนโยบายของรัฐ และความต้องการแก้ปัญหาของคนในพื้นที่ ทั้ง 14 กรณีศึกษาใช้ทุนคนเป็นหลักในการดำเนินงาน มีทุนเงินและทุนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน ออกแบบกิจกรรม/วิธีการทำงานโดยใช้การดูแลสุขภาพตามธรรมชาติสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่สามารถแก้ไขปัญหพื้นที่ได้ และใช้ศักยภาพและประสบการณ์ของคนทำงาน โดยผ่านการประเมินความต้องการของชุมชนที่ได้มาจากวิธีการที่แตกต่างกัน มีการบรรจุโครงการดูแลสุขภาพชุมชนลงในแผนพัฒนาชุมชน เป็นลายลักษณ์อักษร และใช้การสื่อสารให้คนในชุมชนรับรู้ เป็นการสร้างนโยบายสาธารณะของชุมชน การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน เกิดจากการมีทุนคนในพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน การปรับรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองความต้องการของชุมชน และมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงานที่เกิดจากนโยบายระดับพื้นที่

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ระดับปฏิบัติการ พยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญของทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างนโยบายสาธารณะระดับนโยบาย ผู้บริหารต้องมีศักยภาพในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน

คำสำคัญ: กระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน/ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน

ผู้รับผิดชอบหลัก: เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนาการพยาบาล สภาการพยาบาล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

** อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purposes of this lessons learned study was to explore implementing process of community health care system as well as the developmental process for sustainable community health care system. Focus groups were conducted with 36 participants who were nurse researchers conducting 14 case studies in 12 sub-districts. Data were analyzed using content analysis and themes were emerged. The results revealed that government policies and the needs of local people are the key mechanism for community health care system. 14 case studies showed that community social capitals and resources including human resources, financial resources, and enabling environment are crucial to driven the process of community health care system. Community health need assessment to identify health care demand of the people included several methods and involvement of community participation. When designing and implementing community health programs, there is a need to focus on human capacity and direct practical experience in finding community health solutions that should based on problems and needs of the local people as well as community lifestyle. Development of local public policies generates from incorporating community health projects in community development plan and using platforms to communicate among people in the community. Development of sustainable community health care system requires community volunteers, community solutions response to the needs of local people, and supporting system at local policies.

The findings suggest that community health nurses should incorporate community social capital, community needs assessment, and community participation involvement with other health care professions and organizations to create public policies in response to the needs of local people encouraging successful and sustainable community health care system.

Keywords: Community health care processes/ Sustainable health community

ความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่มีลักษณะซับซ้อน ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวตลอดเวลา และมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เรียกว่า “ระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว” (Complex adaptive systems) แต่ละชุมชนจะมีระบบของตนเองมีทั้งส่วนที่เหมือน และส่วนที่แตกต่างกับระบบของชุมชนอื่น ซึ่งระบบของแต่ละชุมชนต่างก็เป็นระบบย่อยภายใต้ระบบใหญ่ของประเทศ ดังนั้นระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญ และควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีความ

เข้มแข็ง เพื่อมุ่งเป้าสู่ “สุขภาวะ” (well-being) เป็นระบบสุขภาพที่เน้นการดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่มุ่งแต่จะพึ่งพากระบบบริการสุขภาพจากภาครัฐ (วิจารณ์ พานิช, 2555) เป็นระบบที่มีเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ เป็นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นวงจรไม่รู้จบ และเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ผ่านการปฏิบัติ (Interactive learning through action) โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก

สะดวก หรือเป็นพี่เลี้ยงในการเรียนรู้และปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด (ประเวศ วะสี, 2549) ดังนั้นกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนของแต่ละพื้นที่จึงมีวิธีคิดและกระบวนการทำงานที่หลากหลายตามทรัพยากรและศักยภาพที่มี และเป็น การดูแลตามความต้องการ ตามพัฒนาการตามกลุ่มวัย และการดูแลกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งการจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และนโยบายการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ได้มุ่งเน้นให้เกิดระบบสนับสนุน การสร้างการมีส่วนร่วม ที่มีการยกระดับการเป็นหุ้นส่วนการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดชุมชนสุขภาพดีที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ใช้ทุนทางสังคมที่ชุมชนมีอยู่และเชื่อมโยงกับกลไกภาครัฐซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน ผ่านกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนในพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนยังมีอยู่น้อย ที่พบจะเสนอเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางบวกมากมาย เช่น ผู้ที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากจะมีกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนน้อย (Kraithaworn, Sirapo-ngam, Piaseu, Nityasuddhi & Gretebeck, 2011) และผู้ที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากจะมีการทำงานอดิเรกเพื่อสังคมมากกว่าบุคคลอื่น (Okun & Michel, 2006) การที่บุคคลจะเกิดสำนึกของการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนบุคคลจะต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีการเติมเต็มความต้องการของกันและกันมีส่วนร่วมในอารมณ์และความรู้สึกระหว่างกัน (McMillan &

Chavis, 1986) ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการทำงานและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน โดยการศึกษาวิจัยถอดบทเรียน การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับวิธีคิดและกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ภาคกลาง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาชุดโครงการสร้างองค์ความรู้และสรุปบทเรียนจากพื้นที่ดำเนินการได้แผนงานการสร้างพยาบาลของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยคาดว่าพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพสามารถเข้าใจภาพรวมของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนและใช้เป็นแนวทางในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพชุมชนในประเด็น การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การประเมินความต้องการของชุมชน การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม และการสร้างนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการทำงานที่มีระบบสนับสนุนการทำงานทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบายเพื่อให้การดูแลสุขภาพชุมชนมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพชุมชน : กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 กลุ่มปฏิบัติการในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อปท. และประชาชนในพื้นที่ ของชนิษฐา นันทบุตร (2553) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทำงานการ

ดูแลสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพชุมชนในประเด็น 1) การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม 2) การประเมินความต้องการของชุมชน 3) การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม และ 4) การสร้างนโยบายสาธารณะ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการถอดบทเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักวิจัยที่ดำเนินการวิจัยในแต่ละพื้นที่ พื้นที่ละ 3 คน จากพื้นที่ 12 ตำบล 4 จังหวัดในภาคกลาง ทำการศึกษา 14 กรณี 4 กลุ่มเป้าหมายการดูแล ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 9 กรณีศึกษา 2) ระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 กรณีศึกษา 3) ระบบการดูแลแม่และเด็ก/หญิงตั้งครรภ์ 2 กรณีศึกษา และ 4) ระบบการดูแลสุขภาพเด็กเล็ก 1 กรณีศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เก็บรวบรวมรายละเอียดของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้

1. ศึกษาและวิเคราะห์จากเอกสารการวิจัยกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชนพื้นที่ภาคกลางจำนวน 14 กรณีศึกษาและสรุปประเด็น (Thematically)

2. ถอดบทเรียนจากนักวิจัยที่ดำเนินการวิจัยในแต่ละพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามปลายเปิด ดังนี้ รูปแบบของกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมเป็นอย่างไร การสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชนทำอย่างไร กลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำ

เป็นอย่างไร ทราบความต้องการการดูแลสุขภาพชุมชนได้อย่างไร แนวทางการออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม มีที่มาอย่างไร กลวิธีที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร วิธีการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการทำงานและการนำสู่การกำหนดนโยบายในระดับพื้นที่เป็นอย่างไร ฯลฯ ระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะใช้วิธีการจดบันทึก การบันทึกเสียง และการบันทึกภาพ

3. ทวนสอบสรุปการถอดบทเรียนกับเอกสารการวิจัยกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชนทั้ง 14 กรณี พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นที่และกรณีศึกษาโดยการแจกแจงความถี่ ส่วนของข้อมูลกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการสรุปประเด็น (Thematically)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยเลขที่ 1/2551 ก่อนดำเนินการวิจัยในทุกกรณีศึกษา

ผลการวิจัย

นักวิจัยทำการศึกษาในพื้นที่ที่ อปท. เข้าร่วมโครงการผลิตพยาบาลโดยชุมชนเพื่อชุมชน 4 จังหวัด ได้แก่ จ.สุพรรณบุรี จ.นครปฐม จ.กาญจนบุรี และจ.สมุทรปราการ จำแนกกรณีศึกษาเป็น 4 กลุ่ม

การดูแลตามพื้นที่ ดังนี้ 1) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ภูมิศึกษา จังหวัดนครปฐม 4 ภูมิศึกษา ได้แก่ ต.มาบแค ต.บางแก้ว ต.ศาลายา และต.ดอนข่อย จังหวัดสุพรรณบุรี 4 ภูมิศึกษา ได้แก่ ต.ปลายนา ต.หนองไธ้ ต.ศรีสำราญ และต.ไผ่กองดิน จังหวัดสมุทรปราการ 1 ภูมิศึกษา ต.เทพารักษ์ 2) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 ภูมิศึกษา ได้แก่ ต.สามพราน จ.นครปฐม และ ต.ทุ่งกระบี่ จ.กาญจนบุรี 3) การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก/หญิงตั้งครรภ์ 2 ภูมิศึกษา ได้แก่ ต.ไล่โว่ จ.กาญจนบุรี และ ต.เทพารักษ์ จ.สมุทรปราการ 4) การดูแลสุขภาพเด็กเล็ก 1 ภูมิศึกษา ต.เทพารักษ์ จ.สมุทรปราการ ทำการสรุปถอดบทเรียนผลงานการทำงานดูแลสุขภาพชุมชนที่โดดเด่นของแต่ละพื้นที่ในช่วงเวลานั้น ที่มีกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชนในประเด็นที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน นำเสนอผลการวิจัยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1. กระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน ออกแบบการทำงานโดยเน้นการแก้ปัญหา ด้านสุขภาพอนามัย และสนองตอบความต้องการของกลุ่มประชากรในพื้นที่ มีเส้นทางการพัฒนาและวิธีการทำงานแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ และศักยภาพของคนทำงาน ทำการศึกษาใน 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1.1) การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม 1.2) การประเมินความต้องการของชุมชน 1.3) การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม และ 1.4) การสร้างนโยบายสาธารณะที่สะท้อนถึงกระบวนการออกแบบการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน

1.1 การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม

กระบวนการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน มีเป้าหมายการดูแลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การดูแลตามนโยบายของรัฐ และการดูแลที่เกิดจากความต้องการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่ ข้อค้นพบทั้ง 14 ภูมิศึกษา ชี้ให้เห็นว่า เป็นการดูแลที่เกิดจากความต้องการแก้ไขปัญหา

ในพื้นที่ที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ ทุกภูมิศึกษามีการใช้ทุนทางสังคมประกอบด้วย ทุนคน ทุนเงิน และ ทุนสิ่งแวดล้อม ซึ่งทุนคน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ฯลฯ และกลุ่มคนที่ไม่ใช่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรฝ่ายบริหาร เช่น นายกอบต. ปลัดอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ และประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำทางสังคม ผู้นำกลุ่มต่างๆ จิตอาสา ฯลฯ ซึ่งแต่ละคนจะใช้ความรู้ ความสามารถทักษะประสบการณ์ รวมทั้งภูมิปัญญามาสนับสนุนการทำงาน พื้นที่ที่ทุนคนมีศักยภาพและปริมาณเพียงพอ การดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชนจะเกิดจากการทำงานร่วมกันของ 3 ภาคี ได้แก่ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข อบต. และแกนนำภาคประชาชน ส่วนพื้นที่ที่ทุนคนมีศักยภาพและปริมาณไม่เพียงพอ การดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชนอาจเกิดจากการทำงานร่วมกันของ 2 ภาคี หรือเพียง 1 ภาคีเป็นผู้ริเริ่มและขยายการมีส่วนร่วมไปยังภาคีกลุ่มอื่นๆ จาก 14 ภูมิศึกษา พบว่า 12 ภูมิศึกษา เกิดจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่มการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน มีทั้งการเริ่มเพียงภาคีเดียว และเริ่มโดยการทำงานร่วมกับภาคีอื่น 2 ภูมิศึกษาที่เหลือ เกิดจากบุคลากรฝ่ายบริหาร และประชาชนในพื้นที่ เป็นผู้ริเริ่มการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน

“การจะทำโครงการดูแลผู้สูงอายุ ขึ้นแรกต้องศึกษาถึงความเป็นไปได้ก่อนว่าสามารถทำได้หรือไม่ มีคนช่วยทำไหม มีงบประมาณในการจัดไหม ผู้บริหารเห็นชอบด้วยไหม ดูหลายอย่าง สำคัญเราต้องเป็นคนที่เราพาตัวเราเข้าไปหาเขาเขาจะไม่ใช่อไรให้เขา มาหาเรา ถ้าทำอย่างนั้นโครงการนี้เกิดไม่ได้แน่นอน” (นักวิจัยพื้นที่ 1 อ้างถึงคำพูดของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยแห่งหนึ่ง)

ทุนเงินที่ใช้ในการดำเนินการดูแล สุขภาพชุมชนได้มาจาก 2 แหล่ง ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับจากภาครัฐ และงบประมาณที่ได้จากภาคประชาชน ทั้ง 14 กรณีศึกษาได้รับงบประมาณจากอปท.เป็นหลักเนื่องจากเป็นการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาชุมชน ซึ่งได้มาจากการเขียนโครงการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยเสนอของงบประมาณไปต่อบต. หรือเทศบาล นอกจากนี้บางพื้นที่ใช้งบบริจาคที่ได้จากภาคประชาชนในการสนับสนุนการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพชุมชน

“งบที่ได้จากอบต.อย่างเดียวไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้เฒ่าเร่ร่อน เพราะผู้ป่วยมีมาก ผมก็ขอจากผู้ที่มีฐานะในชุมชนก็บอกกันตรงๆ เขาก็ให้นะเพราะรู้จักกันเห็นผมทำงานที่นี้มานาน” (นักวิจัยพื้นที่ 2 อ้างถึงคำพูดของนักวิชาการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง)

“ลำพังเงินอุดหนุนจากภาครัฐในการปลูกสร้างอาคารหลังใหม่ศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เพียงพอหรอก เราได้รับบริจาคเพิ่มเติมจากประชาชนในพื้นที่ และที่ดินตรงนี้ก็ เป็นของคนในพื้นที่บริจาคให้” (นักวิจัยพื้นที่ 3 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง)

ทุนสิ่งแวดล้อม ที่พบในการศึกษานี้เป็นลักษณะทางกายภาพของชุมชน หรือสิ่งที่เชื่อมให้คนมีความสัมพันธ์กันและร่วมกันพัฒนาสุขภาพชุมชน พบว่า 13 กรณีศึกษาที่มีมีการคมนาคมที่สะดวกสบายมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอจะเป็นปัจจัยเอื้อในการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน

“ยายมาร่วมกิจกรรมที่นี้จะได้ประโยชน์หลายอย่างเจอเพื่อน เจอหมอ ได้ตรวจเบาหวาน ความดัน และได้รับเงินผู้สูงอายุ วันไหนที่หลานยายมาส่งไม่ได้ ยายจะโทรบอกหมอ หมอก็จะบอกท่านนายกให้ส่งรถมารับยาย” (นักวิจัยพื้นที่ 4 อ้างถึง

คำพูดของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง)

พื้นที่ที่มีความทุรกันดารการคมนาคมไม่สะดวก (1 กรณีศึกษา) ทุนสิ่งแวดล้อมจะเป็นปัจจัยกระตุ้นสะท้อนให้เห็นภาพของความต้อสู้ของผู้คนในพื้นที่โดยการพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสอันงดงามเพื่อให้เกิดการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐาน

“ที่นี้มีปัญหาทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่สำคัญเลยเรื่องการฝากครรภ์และการคลอด ช่วงปกติหญิงตั้งครรภ์ต้องใช้เวลาในการเดินเท้าถึง 3 วัน ในการมารับการตรวจครรภ์ และรับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักที่โรงพยาบาลในตัวอำเภอ เพราะสถานีอนามัยไม่สามารถเก็บวัคซีนไว้ได้ เนื่องจากไม่มีไฟฟ้าใช้จะมีก็เป็นไฟฟ้าจากแผงโซลาร์เซลในหมู่บ้านเท่านั้น ส่วนในช่วงฤดูฝนไม่ต้องพูดถึงสามารถเดินทางได้เฉพาะเรือหรือใช้ช้างเท่านั้นต้องใช้เวลามากน้อย 7 วัน พี่และอสม.ได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาและได้แนวทางในการแก้ปัญหา คือสอนให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์ส่วน อสม. และหมอตำแยจะได้รับการอบรมการทำคลอดฉุกเฉินที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมทั้งมีการจัดทำชุดช่วยคลอดฉุกเฉินแจกจ่ายไปยัง อสม. และหมอตำแยด้วย นอกจากประสานงานกับคนในพื้นที่แล้วยังต้องประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลอำเภอ โครงการหน่วยแพทย์พระราชทานอาสาสมัครแพทย์ศิริราชพยาบาลราชชนนี (พอ.สว.) โครงการนำร่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และกลุ่ม NGO ได้แก่ กลุ่ม UNHCR กลุ่ม ARC เพื่อเปิดพื้นที่ให้องค์กรภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลด้วย” (นักวิจัยพื้นที่ 5 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง)

ทั้ง 14 กรณีศึกษาจะใช้ทุนคนเป็นหลัก ในการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน ใช้ทุนเงิน และ ทุนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวสนับสนุนขับเคลื่อน กระบวนการทำงาน การค้นหาทุน ใช้กระบวนการสื่อสารเป็นหลักพบได้ทั้งแบบที่เป็นทางการ เช่น การติดป้ายประกาศ การลงคะแนนรับรอง การทำประชาคมหมู่บ้าน การประชุมอสม.ประจำเดือน ฯลฯ และแบบไม่เป็นทางการ เช่น การสอบถาม การสังเกต การจดบันทึกของคนในพื้นที่ แผนที่คนตีทุนทางสังคม ฯลฯ ทั้ง 14 กรณีศึกษาจะใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกันในการค้นหาทุนทางสังคม

1.2 การประเมินความต้องการของชุมชน ที่พบจากการศึกษาได้มาจากข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ การได้มาซึ่งข้อมูลประกอบไปด้วยวิธีการที่หลากหลาย ข้อมูลปฐมภูมิได้มาจาก 2 วิธี คือ 1 การลงสำรวจพื้นที่ เพื่อเข้าไปเรียนรู้อยู่กับชุมชน ฟังเรื่องราวจากการพูดคุยของชาวบ้าน การออกเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถาม/สัมภาษณ์ค้นหาความต้องการ และ 2 การจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุป เช่น เวทีประชาคมหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือน อสม. ฯลฯ ข้อมูลทุติยภูมิได้จากการศึกษาแฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว หรือแฟ้มเยี่ยมบ้าน ฯลฯ ทั้ง 14 กรณีศึกษาประเมินความต้องการของชุมชนจากการใช้ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิทวนสอบกัน

12 กรณีศึกษาได้จากข้อมูลปฐมภูมิก่อน “ที่ได้เชิญท่านนายก คนที่มีจิตอาสาจะช่วยเหลือ และอสม. เข้าพื้นที่พร้อมกันเพื่อไปเรียนรู้รับฟังเรื่องราวการพูดคุยอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนและความต้องการแก้ไขปัญหามาจากผู้สูงอายุในชุมชน และสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นได้จัดเวทีเชิญคนในชุมชนเข้ารับฟังรวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลความต้องการของชุมชน” (นักวิจัยพื้นที่ 6 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง)

“ที่นี่มีการแบ่งพื้นที่ให้อสม. แต่ละคนรับผิดชอบโดยทุกเดือนอสม. ต้องส่งรายงานการเยี่ยมบ้านสำรวจปัญหาสุขภาพ และที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาทวนสอบกับข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการที่สถานีอนามัย พี่ก็จะรู้แล้วว่าพื้นที่มีปัญหาอะไร จากนั้นเชิญผู้บริหารอปท. และประชาชนในชุมชนเข้าร่วมทำประชาคมเพื่อหาข้อสรุปในการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพชุมชน” (นักวิจัยพื้นที่ 7 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง)

“เมื่อมีนโยบายว่าต้องทำโครงการดูแลสุขภาพชุมชนพี่ก็นำเรื่องนี้เข้าประชาคมก่อนเลยประกาศให้คนในชุมชนรับรู้ และประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการ และให้อสม. ที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ทำการสำรวจภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน จากนั้นให้อสม.แต่ละคนสรุปข้อมูลและนำเสนอในการประชุมประจำเดือนของ อสม. จากนั้นนำเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภออีกครั้งหนึ่ง เพื่อจัดทำเป็นแผนสุขภาพชุมชนของตำบล และกำหนดเป็นแผนงานโครงการต่อไป” (นักวิจัยพื้นที่ 3 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง)

2 กรณีศึกษาได้จากข้อมูลทุติยภูมิก่อน “เมื่อรู้ว่าต้องตั้งชมรมผู้สูงอายุพี่ก็คิดว่าจะทำรูปแบบใดดีไม่อยากทำแบบเดิมๆ จึงมาดูข้อมูลที่เกี่ยวข้องพบว่ามีผู้รับบริการที่มารักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงคิดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุโดยผสมผสานการดูแลโรคเรื้อรังเข้าไปด้วย จากนั้นได้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลเชิงรุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกับ อสม. และได้จัดเวทีประชาคมด้านสุขภาพ โดยให้แต่ละองค์กร และตัวแทนประชาชนเสนอปัญหา และร่วมอภิปราย

วิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน” (นักวิจัยพื้นที่ 8 อ้างถึงคำพูดของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยแห่งหนึ่ง)

1.3 การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม พบว่าแต่ละพื้นที่ที่มีเส้นทางการออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งเกิดจาก 3 ปัจจัยได้แก่

1) เกิดจากศักยภาพและประสบการณ์ของคนทำงานในพื้นที่ (2 กรณีศึกษา) “อสม.ของพี่ที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการทำยาฉีดตุน และรำไม้พลองบำบัดได้นำมาสอนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมร่วมกัน ปัจจุบันมีการนำมาสอนคนไข้ที่มารอตรวจทุกเช้าและผู้สูงอายุที่บ้านอยู่ใกล้ๆก็มาทำทุกวัน” (นักวิจัยพื้นที่ 9 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้ารพ.สต.แห่งหนึ่ง)

2) เกิดขึ้นในรูปแบบการดูแลตามธรรมชาติของชุมชน (9 กรณีศึกษา) สอดคล้องกับวิถีชีวิตประเพณีวัฒนธรรมและผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม “สำหรับการจัดกิจกรรมในเดือนเมษายน พี่ก็จะใช้โอกาสที่ลูกหลานคนในชุมชนกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ปู่ย่าตายาย จัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมกับการจัดงานประเพณีสงกรานต์ มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี ให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถด้านการร้องเพลงน้อย หรือลำตัดออกมาแสดงให้เด็กรุ่นหลังๆเป็น การสืบสานประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน จัดประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดีความสามารถเด่น ให้แกนนำสุขภาพดีเป็นวิทยากรสุขภาพเล่าถึงการดูแลสุขภาพ รวมถึงการตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุโดยเชิญหมอมารับตรวจจากโรงพยาบาลมาตรวจ” (นักวิจัยพื้นที่ 1 อ้างถึงคำพูดของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยแห่งหนึ่ง)

“การจัดบริการดูแลสุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์เราต้องเข้าใจธรรมชาติของคนที่นี่ก่อนว่าส่วนใหญ่เป็นคนทำงานโรงงาน พี่จึงประชาสัมพันธ์

โครงการโดยติดโปสเตอร์หน้าโรงงาน ส่วนกิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จัดตั้งกลุ่มเครือข่ายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยจัดกิจกรรมในวันหยุด” (นักวิจัยพื้นที่ 3 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง)

3) จัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนในพื้นที่ (3 กรณีศึกษา) “นอกจากทางเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยได้ให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และอบรมการทำคลอดฉุกเฉินให้ อสม.และหมอดำแยแล้ว ส่วนของทางโรงพยาบาลอำเภอได้ออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อจัดบริการรับฝากครรภ์ และให้ภูมิคุ้มกันโรคกับเด็กในชุมชน 2 ครั้ง/เดือน รวมถึงการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก 3 เดือน” (นักวิจัยพื้นที่ 5 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง)

“หลังจากคนในพื้นที่เห็นชอบกับการตั้งศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ผมกับหมอ และอสม.ได้ทำงานร่วมกันโดยจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก ปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะกับการดูแลเด็กเล็ก เตรียมความพร้อมของบุคลากร โดยเปิดรับสมัครครู และเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ส่งไปศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนที่อื่นๆ” (นักวิจัยพื้นที่ 3 อ้างถึงคำพูดของผู้บริหาร อบต.แห่งหนึ่ง)

1.4 การสร้างนโยบายสาธารณะ พบว่าจุดเด่นของการสร้างนโยบายสาธารณะ เกิดจาก 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) มีคณะทำงานที่เป็นตัวแทนจาก 3 ภาคีมาทำงานเป็นทีมร่วมกัน โดยร่วมรับรู้ปัญหาร่วมแก้ปัญหา ร่วมดำเนินการในทุกกระบวนการทำงาน รับผิดชอบทำงานตามบทบาทหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ มีมติของที่ประชุมเพื่อการดำเนินงานร่วมกัน “นอกจากความร่วมมือของประชาชนใน

ชุมชนที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนให้ชมรมผู้สูงอายุดำเนินงานต่อไปได้อย่างต่อเนื่องแล้ว ประธานอสม. ที่เป็นผู้มีจิตอาสารับผิดชอบโครงการนี้ก็แข่งขันและเสียสละทุ่มเทในการจัดกิจกรรมส่วนสถานที่จัดกิจกรรมได้รับความอนุเคราะห์จากเจ้าอาวาสวัดอานวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่ น้ำ ไฟ ส่วนอาหารกลางวันเป็นงบประมาณที่ได้จาก อบต. และผู้สูงอายุแต่ละคนนำมาเพื่อรับประทานร่วมกันงานนี้ งานนี้ท่านนายกลงมาช่วยด้วยมีนโยบายชัดเจน พี่เลยขอตั้งงานผ่านสะดวก จะเห็นได้ว่าการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้ดำเนินการเฉพาะหน่วยงานของสถานีนามัยอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากทุกภาคส่วนของชุมชนในการช่วยดำเนินการร่วมกัน จึงจะบรรลุเป้าหมายได้” (นักวิจัยพื้นที่ 10 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีนามัยแห่งหนึ่ง)

2) ใช้การสื่อสารทางสังคมทุกรูปแบบทุกช่องทาง ทั้ง 14 กรณีศึกษาใช้วิธีการสื่อสารข้อมูลทั้งแบบที่เป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการ มีการกระจายข่าวสารตามสื่อต่างๆ เช่น วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว ป้ายประกาศ ฯลฯ “หลังจากประกาศเรื่องการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบต. เป็นลายลักษณ์อักษร และพัฒนาจนได้รับรางวัลศูนย์เด็กเล็กระดับดีมากจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แล้วผมได้ทำแผนการพัฒนา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นโรงเรียนอนุบาลลงในแผนชุมชนต่อเลย” (นักวิจัยพื้นที่ 3 อ้างถึงคำพูดของผู้บริหาร อบต.แห่งหนึ่ง)

3) การบรรจุโครงการดูแลสุขภาพลงในแผนพัฒนาสุขภาพตำบล 3 ปีอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ และศักยภาพของผู้บริหารในการผลักดันโครงการดูแลสุขภาพชุมชนเข้าสู่แผนชุมชน 13 กรณีศึกษามีการบรรจุโครงการดูแลสุขภาพชุมชนเข้าสู่แผนพัฒนาสุขภาพ

ตำบลแล้ว มีเพียง 1 กรณีศึกษาที่วางแผนจะบรรจุลงในแผนพัฒนาสุขภาพตำบลปีถัดไป เนื่องจากโครงการเพิ่งเริ่มดำเนินงานเพียง 8 เดือน “ผมเห็นว่าโครงการดูแลผู้สูงอายุที่หมอเขาทำเป็นสิ่งที่ดีหมอเขาตั้งใจทำมากมีคนที่มาช่วยหลายคนและผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมโครงการก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผมก็คุยกับหมอแล้วนะว่าจะนำโครงการนี้เข้าแผนตำบลแต่ปีนี้ไม่ทันคงต้องเป็นแผนปีหน้า” (นักวิจัยพื้นที่ 1 อ้างถึงคำพูดของนายก อบต.แห่งหนึ่ง)

2. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน พบว่า นอกจากเกิดจากการทำงานแบบมีส่วนร่วมของ 3 ภาคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแล้วยังเกิดจาก 3 ประเด็น ต่อไปนี้

2.1 เกิดจากทุนคนที่เป็นคนพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพคนทำงานควบคู่ไปด้วย “พี่คิดว่าความยั่งยืนของโครงการขึ้นอยู่กับการทำงานแบบมีส่วนร่วม พี่เปิดโอกาสให้คนที่ต้องการทำงานเข้ามารับรู้เข้าใจในทุกระยะของการทำงาน คนที่อาสาเข้ามาทำงานส่วนมากก็เป็นคนพื้นที่ที่พี่มาก่อน เราต้องสื่อสารกันให้มากเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการทำงานไปแนวทางเดียวกัน ช่วงแรกๆ ของการดำเนินโครงการที่ประชุมบ่อยมาก 2 ครั้ง/สัปดาห์ ก็จะเป็นการคัดคนให้เหมือนกัน หลังจากประชุมได้ 4 เดือนก็จัดตั้งคณะกรรมการที่มาจาก อบต. จิตอาสา และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ก่อนเริ่มทำงานจริงพี่พากรรมการไปดูงานก่อนเพื่อให้เห็นของจริง เริ่มทำงานช่วงแรกพี่ก็ลงทำงานคลุกกับกรรมการชุดนี้และมองหาวว่าใครจะมาเป็นหลักเพราะพี่จะค่อยๆ ถอยตัวเองออกมาเป็นที่ปรึกษาเพราะพี่เชื่อว่าคนทำงานมีศักยภาพเพียงพอ เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้น พี่จะช่วยกันแก้ปัญหาประชุมระดมสมองจากกรรมการ และในทุกช่วงของการทำงานที่ต้องเข้าไปคุยความก้าวหน้าของโครงการกับท่านนายกเป็น

ระยะ” (นักวิจัยพื้นที่ 11 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีนอนามัยแห่งหนึ่ง)

“ที่นี่มีปัญหาเรื่องความกดดันทางไกล ความเจริญใครมาอยู่ก็อยู่ได้ไม่นานขอย้ายออกหมด ถ้าไม่ใช่คนพื้นที่จริงๆ สถานีนอนามัยขาดแคลนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอย่างยาวนาน ซึ่งเราใช้แนวทางแก้ไขปัญหามาบนพื้นฐานของข้อมูลเดิมที่พบว่า คนในพื้นที่อำเภอที่มีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงจะกลับมาทำงานในพื้นที่อย่างยั่งยืน เช่น แพทย์โรงพยาบาลอำเภอ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนของสถานีนอนามัย หรือแม้แต่ตัวนายกเองท่านก็เป็นคนพื้นที่ ท่านนายกเป็นคนที่มีงุ่มง่ามมีวิสัยทัศน์มากเมื่อรู้ว่าสถาบันการศึกษานิดีที่จะรับเด็กในพื้นที่เข้าเรียนพยาบาล ได้บอกให้พี่ไปถามครูว่าเด็กในพื้นที่ของเราใครที่เรียนดีและอยากเรียนพยาบาลบ้าง ท่านจะให้ทุนเรียนแต่มีสัญญาว่าจะต้องกลับมาทำงานในพื้นที่มันจะดีแค่ไหน ถ้าพื้นที่อย่างนี้มีคนไปเรียนด้านสาธารณสุขและกลับมาปฏิบัติงานเหมือนกับครูตชด. ซึ่งเป็นเด็กในพื้นที่ไปเรียนปีเดียวแล้วกลับมาเป็นครูตชด. รับรองได้ว่าจะไม่ไปไหน” (นักวิจัยพื้นที่ 5 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีนอนามัยแห่งหนึ่ง)

2.2 การปรับปรุงแบบการทำงานที่สามารถแก้ปัญหาของพื้นที่ และตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ และ 3) มีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงาน “เมื่อก่อนตอนผมมาทำงานใหม่ๆมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงคนเดียวทำแต่งงานรักษาโรคในสถานีนอนามัยทั้งวันทำให้ไม่รู้จักชาวบ้านเลย ผมเลยทำเรื่องขอเจ้าหน้าที่เพิ่ม 2 ปีกว่าจะได้ พอได้น้องมาช่วยอีกคนผมก็ปรับวิธีการทำงานใหม่ โดยตอนเช้าเปิดคลินิกที่สถานีนอนามัย พอช่วงบ่ายพาน้องออกเยี่ยมบ้านใหม่ๆชาวบ้านถึงงัวงมว่าผมมาทำอะไรพอทำแบบนี้ได้ประมาณ 4 เดือนรู้สึกได้ถึงคามสนิทสนมและศรัทธาของชาวบ้าน ตอนนั้นผมจะทำ

โครงการอะไรก็ตามออกประชาสัมพันธ์ขออาสาสมัครก็มีคนมาช่วยทำงาน” (นักวิจัยพื้นที่ 12 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้าสถานีนอนามัยแห่งหนึ่ง)

“ผมรู้ปัญหาเรื่องเด็กเล็กในพื้นที่ที่ไม่มีที่เรียนที่เป็นของรัฐบาลทำให้ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนนี้มาก และพ่อแม่ทำงานโรงงานไม่มีเวลาดูแลลูกหลาน ผมจึงคิดตั้งศูนย์ดูแลเด็กเล็กก่อนประมว้ยขึ้นที่อบต. ซึ่งมีความเป็นไปได้มากเนื่องจากมีความสอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการศึกษาของเด็กเล็กของแผนพัฒนาชุมชน” (นักวิจัยพื้นที่ 3 อ้างถึงคำพูดของผู้บริหาร อบต.แห่งหนึ่ง)

“การจะทำโครงการในพื้นที่นี้ต้องเข้าใจวิถีของคนที่นี่จริงๆคนส่วนใหญ่ 90% เป็นกระเหรี่ยงที่ก็มีเชื้อกระเหรี่ยงพูดกันด้วยภาษากระเหรี่ยงเข้าใจง่ายกว่า พี่เลยขออาสาสมัครแกนนำที่มสุขภาพที่เป็นคนพื้นที่เพื่อจัดตั้งเป็นคณะกรรมการงานด้านสาธารณสุขให้เขามาช่วยทำงานตั้งแต่ค้นหาปัญหาและร่วมหาแนวทางการจัดกิจกรรมแก้ไข้ปัญหา พี่ให้เขาเป็นคนทำส่วนพี่เป็นพี่เลี้ยงให้ เขาคิดกันถึงการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของอบต. ด้วย พี่นำโครงการไปปรึกษานายกท่านก็พี่เขียวให้ทำและให้การสนับสนุนเต็มที่เพราะสอดคล้องกับแผนของตำบลด้วย” (นักวิจัยพื้นที่ 5 อ้างถึงคำพูดของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษากระบวนการทำงาน การดูแลสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของการค้นหาและใช้ทุนทางสังคม การประเมินความต้องการของชุมชน การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม และการสร้างนโยบายสาธารณะ ดังนี้

1. กระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพ

ชุมชน เป็นระบบและกลไกการทำงานที่สำคัญเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความยั่งยืน เป้าหมายการดูแลเกิดจากการดูแลตามนโยบายของรัฐ และการดูแลที่เกิดจากความต้องการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ซึ่งมีความสอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีวิธีทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การทำงานที่เกิดจาก

1.1 การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม พบว่าทุนที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ที่มีปริมาณและคุณภาพแตกต่างกันไปในทุกพื้นที่ที่มีการใช้ทุนคน ทุนเงิน และทุนสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกชุมชนเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทุนคนจะเป็นหลักในการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน มีทุนเงินและทุนสิ่งแวดล้อมเป็นตัวสนับสนุนขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน โดยเฉพาะทุนคนในพื้นที่ที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งมีความรักผูกพันต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง ถึงแม้มีข้อจำกัดของทุนเงินและทุนสิ่งแวดล้อม แต่ถ้าทุนคนในพื้นที่มีศักยภาพมีวิสัยทัศน์จะสามารถแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ได้อย่างดี สอดคล้องกับรายงานและการศึกษาที่พบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนถือเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ ที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง เกิดพลังในการขับเคลื่อนชุมชนไปข้างหน้า และนำความสำเร็จสู่ชุมชนในที่สุด (วิภาวี เอย์มวณธ, 2550; ศรีศักร วัลลิโภดม, 2550; Pooley, Cohen, & Pike, 2005; Tennent, Farrell, Tayler, 2011) ทุนเงินส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลัก มีเพียงบางพื้นที่ที่มีการระดมทุนจากภาคประชาชนเพื่อช่วยสนับสนุน และทุนสิ่งแวดล้อมจากการศึกษา พบว่าการจัดกิจกรรมที่เปิดเสรีในสถานที่ๆ คนในชุมชน

รู้จัก มีการอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทางเป็นปัจจัยสนับสนุนกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sillis & Owen (2002) ที่ว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน โดยบุคคลจะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเพิ่มขึ้น หากบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสุขสบาย และเอื้อต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางกลับกันข้อค้นพบที่พบจากการศึกษานี้ พบว่า บางพื้นที่ที่ทุนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นข้อจำกัดก็ไม่ได้เป็นตัวขัดขวางกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน แต่เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของคนในพื้นที่ให้ก้าวข้ามผ่านอุปสรรคและข้อจำกัดนี้ ซึ่งเกิดจากทุนคนในพื้นที่ที่เป็นผู้นำมีวิสัยทัศน์ในการผลักดันนโยบายการดูแลสุขภาพให้เกิดขึ้น คนทำงานมีศักยภาพ ใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ประสพการณ์ รวมทั้งภูมิปัญญาในการทำงาน เพื่อให้คนในชุมชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกับพื้นที่อื่น

1.2 การประเมินความต้องการของชุมชน

ได้มาจากข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ มีวิธีการได้มาที่หลากหลาย การประเมินความต้องการของชุมชนที่ได้จากข้อมูลปฐมภูมิ เช่น การทำเวทีประชาคมหมู่บ้าน จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนด้วย อย่างไรก็ตามการประเมินความต้องการของชุมชนโดยใช้ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งทวนสอบกันจะได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุด สอดคล้องกับ ขนิษฐา นันทบุตร (2551) ที่กล่าวว่า ข้อมูลที่ต้องการในการประเมินชุมชนที่สำคัญต้องสามารถแสดงภาพรวมของระบบการดูแลสุขภาพชุมชนได้ ซึ่งได้จากแหล่งข้อมูลสองแบบ คือข้อมูลมือสองและข้อมูลสด

1.3 การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ที่เกิดจากการใช้ศักยภาพประสบการณ์การทำงานของคนทำงานในพื้นที่นั้นๆ กิจกรรมที่จัดขึ้นต้องแก้ปัญหาสุขภาพได้ตรงประเด็นตอบสนองความต้องการของสมาชิก และสอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน สอดคล้องกับ Haines (2009) ที่กล่าวว่า กระบวนการ ดูแลสุขภาพชุมชน เน้นการประเมินศักยภาพชุมชน ร่วมกับการประเมินปัญหาความต้องการของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน เป็นการออกแบบการดูแลสุขภาพที่ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง

1.4 การสร้างนโยบายสาธารณะ เน้นที่การมีคณะทำงานรับผิดชอบที่มาจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทำงานตามบทบาทหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ มีความโปร่งใส มีมติของที่ประชุมเพื่อการดำเนินงานร่วมกัน มีการสื่อสารในทุกช่องทางให้คนในพื้นที่รับทราบร่วมกัน รวมทั้งการบรรจุโครงการดูแลสุขภาพลงในแผนพัฒนาสุขภาพตำบลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับ วิสุทธิ บุญญะโสภิต และ นิรชา อัครธีรากุล (2555) ที่กล่าวว่า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีควรเป็น “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process: PPPP) ไม่ใช่การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว หรือเป็นช่องทางการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบปิด และสอดคล้องกับ อำพล จินดาวัฒนะ (2551) ที่กล่าวว่า หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะอยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ โดยกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

ที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบายนั้น ร่วมติดตามผล และร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่อง

2. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน นอกจากเกิดจากการทำงานแบบแบบมีส่วนร่วมของ 3 ภาคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มแรกจนจบกระบวนการทำงานแล้วยังเกิดจาก 3 ประเด็น ต่อไปนี้

2.1 เกิดจากทุนคนที่เป็นคนพื้นที่ที่มีจิตอาสาทำงาน รวมทั้งต้องมีการพัฒนาศักยภาพคนทำงานควบคู่ไปด้วย ซึ่งการทำงานที่เกิดจากคนพื้นที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลของงานได้ เพราะมีความไว้วางใจ มีการสื่อสารที่เข้าใจกันได้ง่าย สามารถลดอุปสรรคการขอأي้งานออกจากพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ชายขอบของประเทศที่ห่างไกล และกันดาร สอดคล้องกับ ผจงจิต ไกรถาวร, นพวรรณ เปียชื่อ และสุวัจนาน น้อมแนม (2556) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนของคนที่ย้ายอยู่ในเขตปริมณฑลมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนสูงกว่าในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นคนที่ย้ายถิ่นมานาน เป็นครอบครัวขยาย ละแวกบ้านเป็นเครือญาติเกี่ยวดองกันทำให้ช่วยเหลือ สนับสนุนกันมากกว่าคนกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพคนทำงานยังเป็นการสนับสนุนให้ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ พนัดดา ปริญญา และ ญาณิศา โชติตะคาม (2555) ที่กล่าวว่า กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ยั่งยืนต้องดำเนินงานภายใต้การทำงานแบบมีส่วนร่วมใช้หลักการให้ชุมชนดูแลตัวเอง มุ่งการพัฒนาศักยภาพ

ผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ให้ลงมือทำด้วยตนเอง ใช้การเสริมพลังอำนาจปรับทัศนคติ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม มีพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง อบรม เป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณและอำนวยความสะดวก

2.2 การปรับรูปแบบการทำงานที่สามารถแก้ปัญหาของพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ สอดคล้องกับ สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (2553) ที่กล่าวว่า แผนสุขภาพตำบลถือเป็นเข็มทิศการทำงานดูแลสุขภาพร่วมกันโดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมปัญหาความต้องการ ข้อคิดเห็นที่ได้จากหลายฝ่ายมาเป็นฐานในการร่วมตัดสินใจ วางแผนการทำงานได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อจะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือดูแลสุขภาพตนเอง และ

2.3 มีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการทำงาน ตั้งแต่มีนโยบายจากภาครัฐที่เป็นตัวจุดประกายให้เกิดการดูแลสุขภาพชุมชน จนถึงนโยบายระดับพื้นที่ที่ผลักดันให้มียุทธศาสตร์ของชุมชน เพื่อประกาศให้คนในชุมชนรับรู้และเข้าร่วม รวมถึงการบรรจุโครงการลงในแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับอำพล จินดาวัฒน์ (2551) ที่กล่าวว่าองค์ประกอบสำคัญของการสร้างสุขภาพให้ยั่งยืนประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน และ 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับปฏิบัติการ พยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพต้องรู้จักและเข้าใจภาพรวมของพื้นที่ ต้องขยายมุมมองและวิธีการทำงานการดูแลสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืน พยาบาลต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมของ 3 ภาคีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และให้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การค้นหาและใช้ทุนทางสังคม พยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพควรมองหาคนในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการทำงาน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพให้คนทำงาน โดยการพาไปศึกษาดูงาน การเข้าอบรม/ ฟังสัมมนา การให้เข้าสังคมหรือการสร้างเครือข่ายในอาชีพ การให้ลงมือทำด้วยตนเอง รวมทั้งการเสริมพลังอำนาจให้ทีมทำงาน รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมจิตอาสา นอกจากนี้การประเมินความต้องการของชุมชนที่ได้จากการประเมินข้อมูลปฐมภูมิ พยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพต้องพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ และเปิดช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน เวทีสาธารณะในชุมชน หรือแม้กระทั่งการสื่อสารผ่านโทรศัพท์ ส่วนการประเมินข้อมูลทุติยภูมิ พยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพต้องมีทักษะการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล เพื่อประเมินและสะท้อนให้เห็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพชุมชนที่ตรงประเด็น และรวดเร็ว ต้องมีการออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม พยาบาลชุมชนควรขยายกรอบความคิดในการทำงาน มีการพัฒนาวิธีการทำงาน ออกแบบบริการ แนวปฏิบัติ ตลอดจนเครื่องมือการทำงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน เช่น พื้นที่กันดารไม่มีผดุงครรภ์ทำคลอดแต่มีหมอดูยา พยาบาลชุมชนควรจัดอบรมการทำคลอดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

ให้กับหมอดำแย นอกจากนี้ควรมีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณะและเป็นตัวจักรสำคัญในการผลักดันโครงการดูแลสุขภาพชุมชนให้เป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อบูรณาการเข้าสู่แผนชุมชนเพื่อความยั่งยืนต่อไป

2. ระดับนโยบาย การที่รัฐมีนโยบายการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการทำงานดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่ และเป็นสิ่งท้าทายที่ผู้บริหารระดับพื้นที่ต้องผลักดันให้เกิดนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ เปิดช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้คนเข้าถึงได้สะดวก นอกจากนี้ต้องมีนโยบายที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น การสนับสนุนให้มีกำลังคนทำงานที่เพียงพอในพื้นที่ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข การมีแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนสนับสนุนทุนการศึกษาด้านสาธารณสุขให้เด็กในชุมชนเพื่อกลับมาทำงานดูแลประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเปรียบเหมือนเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้ยั่งยืนโดยชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลโครงการดูแลสุขภาพชุมชนในระยะยาวเพื่อหาค้นหาตัวแปร และปัจจัยอื่น ได้แก่ การใช้ทุนทางสังคมทั้งในและนอกพื้นที่ การทำงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคี การให้ประชาชนในชุมชนเป็นหุ้นส่วนดูแลสุขภาพตนเอง และการสนับสนุนการกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชน สามารถส่งผลให้การทำงานดูแลสุขภาพชุมชนมีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา นันทบุตร. (2551). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. กรุงเทพฯ: วิชาการพิมพ์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2553). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน*. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด.
- ประเวศ วะสี. (2549). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน: สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- ผจงจิต ไกรถาวร, นพวรรณ เปียชื่อ และ สุวจนา นอนแนม. (2556). ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1): 2-15.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปณิตดา ปรียพถม, และ ญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 8-17.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *มองมุมใหม่จัดการใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชน: การจัดการความรู้กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน*. เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ ณ อิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี กรุงเทพฯ.

วิภาวี เอี่ยมวณิช. (2550). *ชุมชนในกระแสโลกาภิวัตน์*.

Retrieved October 20, 2012, from
<http://wipaweeiem.wordpress.com/>.

วิสุทธิ บุญญะโสภิต และ นิรชา อัครธีรกุล.

(มกราคม, 2555). *นโยบายสาธารณะ:*

เครื่องมือการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน.

เอกสารประกอบการประชุมมหกรรม

สุขภาพชุมชน ครั้งที่ 2 ห้อง Sapphire 4

อาคารอิมแพ็คคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เมือง

ทองธานี, นนทบุรี.

ศรีศักร วัลลิโภดม. (2550). *ครอบครัวไทยท่ามกลาง*

วิกฤตจริยธรรม. Retrieved October 20,

2012, from [http://www.arunsawat.com/](http://www.arunsawat.com/board/index.php?topic=2749.msg21121)

[board/index.php?topic=2749.msg21121](http://www.arunsawat.com/board/index.php?topic=2749.msg21121).

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2553). *การ*

จัดการความรู้และสิ่งแวดล้อมทาง

ปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล: การจัดการระบบการดูแลสุขภาพ

เรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง.

พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์

แอนด์พับลิชชิง จำกัด.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2551). *การสร้างนโยบาย*

สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติ

ใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ:

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

Haines, A. (2009). Asset-based Community

Development In Phillips R. &

Pittman R H. (Eds.) *An Introduction*

to Community Development. New

York: Route ledge Publisher, 38-46.

Kraithaworn, P., Sirapo-ngam, Y., Piaseu, N.,

Nityasuddhi, D., & Gretebeck, A. K.

(2011). Factors predicting physical

activity among older Thais living in

low socioeconomic urban

communities. *Pacific Rim*

International Journal Of Nursing

Research, 15(1), 39-56.

McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986).

Sense of community: A definition

and theory. *American Journal of*

Community Psychology, 14(1), 6-23.

Okun, M.a., & Michel, J. (2006). Sense of

community and being a volunteer

among the young-old. *The journal of*

Applied Gerontology, 25(2), 173-188.

Pooley, J., Cohen, L. & Pike, L. Can sense

of community inform social

capital?. *The Social Science Journal*

2005; 42(1): 71-9. Retrieved

November 1, 2011, from

<http://ro.ecu.edu.au/ecuworks/2842>

Sillis, J. F. & Owen, N. (2002). Ecological

models of health behavior. In K.

Glanz, B. K. Rimer & F.M.

Lewis(Eds.), *Health behavior and*

health education (3rd ed. P.462-84).

San Francisco: Jossey-Bass.

Tennent, L., Farrell, A. & Tayler, C. Social

capital and sense of community:

What do they mean for young

children's success at school?

Queensland University of

Technology, Brisbane, Australia.

Retrieved November 11, 2012, from

[http://www.aare.edu.au/](http://www.aare.edu.au/05pap/ten05115.pdf)

05pap/ten05115.pdf.